

## SWR2 Wissen Übertherapiert

### Wann ist medizinische Behandlung sinnlos?

Von Horst Gross

Sendung: Mittwoch, 15. März 2017, 08.30 Uhr

Redaktion: Sonja Striegl

Regie: Sonja Striegl

Produktion: SWR 2017

---

#### **Bitte beachten Sie:**

Das Manuskript ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt. Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Urhebers bzw. des SWR.

---

#### **Service:**

SWR2 Wissen können Sie auch als Live-Stream hören im **SWR2 Webradio** unter [www.swr2.de](http://www.swr2.de) oder als **Podcast** nachhören: <http://www1.swr.de/podcast/xml/swr2/wissen.xml>

Die **Manuskripte** von SWR2 Wissen gibt es auch **als E-Books für mobile Endgeräte** im sogenannten EPUB-Format. Sie benötigen ein geeignetes Endgerät und eine entsprechende "App" oder Software zum Lesen der Dokumente. Für das iPhone oder das iPad gibt es z.B. die kostenlose App "iBooks", für die Android-Plattform den in der Basisversion kostenlosen Moon-Reader. Für Webbrowser wie z.B. Firefox gibt es auch sogenannte Addons oder Plugins zum Betrachten von E-Books:

**Mitschnitte** aller Sendungen der Redaktion SWR2 Wissen sind auf CD erhältlich beim SWR Mitschnittdienst in Baden-Baden zum Preis von 12,50 Euro.

Bestellungen über Telefon: 07221/929-26030

Bestellungen per E-Mail: [SWR2Mitschnitt@swr.de](mailto:SWR2Mitschnitt@swr.de)

---

#### **Kennen Sie schon das Serviceangebot des Kulturradios SWR2?**

Mit der kostenlosen SWR2 Kulturkarte können Sie zu ermäßigten Eintrittspreisen Veranstaltungen des SWR2 und seiner vielen Kulturpartner im Sendegebiet besuchen. Mit dem Infoheft SWR2 Kulturservice sind Sie stets über SWR2 und die zahlreichen Veranstaltungen im SWR2-Kulturpartner-Netz informiert. Jetzt anmelden unter 07221/300 200 oder [swr2.de](http://swr2.de)

## MANUSKRIPT

### Cut 1 - Patientin<sup>1</sup>:

Ich vertraue dem Arzt, dass er mir auf alle Fälle helfen möchte, helfen will. Aber ich vertraue dem Arzt nicht dahin gehend, dass er auch Hilfe beenden wird, wenn es notwendig ist, damit der Mensch sterben kann.

### Sprecherin:

Mit dieser Befürchtung steht die Klientin einer Berliner Beratungsstelle nicht alleine da. Millionen Deutsche wappnen sich mit Patientenverfügungen gegen eine fragwürdige Medizin am Lebensende<sup>2</sup>. Die Betroffenen wissen auch, *warum* das nötig ist:

### Cut 2 - Patientin:

Und heutzutage, wenn ich das höre, dass ein Krankenhaus wirtschaftlich arbeiten muss. Da habe ich nicht mehr so sehr viel Vertrauen zum Arzt.

### Ansage:

„Übertherapiert – Wann ist medizinische Behandlung sinnlos?“ Eine Sendung von Horst Gross [Aussprache wie: Groß].

### Sprecherin:

Medizinische Überversorgung: Das klingt nach einem Luxusproblem. Fehlt es doch weltweit Milliarden Menschen an der Grundversorgung. Aber *kann* zu viel Medizin überhaupt Probleme machen? Besonders in der Kritik steht die Intensivmedizin. Denn kein anderes Fach hat so weitreichende Möglichkeiten zur Lebensverlängerung. Aber werden diese Chancen immer im Sinn des Patienten eingesetzt? In den USA wird intensiv zu diesem Thema geforscht. Das CBS-Fernsehmagazin „60 Minutes“ fasste 2010 die Studienergebnisse zusammen.

**Atmo 1:** Uhr ticken, akustisches Logo „CBS – 60 Minutes“

### Cut 3 - 60 Minutes<sup>3</sup>:

100 % of all Americans will eventually die. This comes as no great surprise. But the amount of money that is being spent at the very end of people's lives probably will. ... This is the way so many Americans died. Something like 18 – 20 % of Americans spend their last days in an ICU. ... It's extremely expensive. It is uncomfortable. Many times they have to be sedated. So that they don't reflexively pull out a tube. Sometimes their hands are restrained. This is not the way most people would want to spend their last days of life. And yet this has become almost the medical last rights for people as they die. ... How does so many people end up in the hospital. It is the path of least resistance. I think 30 % of hospital stays in the United States are probably unnecessary. So our research looks like.

---

<sup>1</sup> Beratungsstelle zu Patientenverfügungen der Humanistischen Union in Berlin

<sup>2</sup> Geitner, Regina. "Umfrage zu Patientenverfügungen. Grundvertrauen in die Entscheidung des Hausarztes." Deutsches Ärzteblatt 108.10 (2011): 520-522.

<sup>3</sup> The Cost of Dying: End-of-Life Care, 60 Minutes, <https://www.youtube.com/watch?v=F6xPBmkm0g>, CBS 05.08.2010

**Atmo 2:** Intensivstation [unter **Cut – 60 Minutes** starten, weiter unter Zitator]

**Overvoice:**

100 % aller Amerikaner müssen irgendwann sterben. Das ist keine Überraschung. Überraschend ist aber, *wie* das Sterben heutzutage abläuft. Denn rund 20 Prozent der Menschen verbringen ihre letzten Tage auf einer extrem teuren Intensivstation. Diese Form des Sterbens ist unwürdig. Um die Prozeduren auszuhalten, müssen die Menschen sediert werden, ja teilweise muss man sie auch fesseln. Sonst reißen sie sich die Schläuche heraus. Wer will so sterben? 30 Prozent der Krankenhausaufenthalte in dieser Lebensphase scheinen sinnlos zu sein. Aber für die Medizin ist diese kostspielige Variante offenbar der einfachere Weg. Das jedenfalls sagt unsere Forschung.

Weiter **Atmo 2** Intensivstation

**Sprecherin:**

Dabei wollen die meisten Menschen gar nicht so sterben. Und teuer ist das Ganze auch noch: Fast ein Drittel der gesamten Krankheitskosten, die ein Amerikaner verursacht, fallen in seinen letzten Lebensmonaten an<sup>4</sup>. Da kommt alles zum Einsatz, was die moderne Medizintechnik zu bieten hat. Aber wie groß ist dabei das Missbrauchspotenzial. Pionierarbeit<sup>5</sup> bei dieser Fragestellung hat die Universität von Los Angeles geleistet.

**Cut 4a - frei Forscherin ICU<sup>6</sup>:**

Hi my name is Thanh Huynh, I am a clinical instructor in the department of medicine division of pulmonary and critical care at the University of California Los Angeles.

**Sprecherin:**

Die kalifornische Intensivmedizinerin Thanh Huynh hat die Studie geleitet.

**Cut 4b - frei Forscherin ICU:**

Most health care providers would acknowledge that futile treatment occur, we don't know how often. ... Our study shows that futile treatment in the ICU is common. We analysed 6916 assessments on 1136 patients. Of these 1136 patients 904 patients, which is 80 %, were felt to never receive futile treatment. ... hospital- and six-months-mortality was significantly worse for patients who were deemed to be receiving futile treatment. hospital costs total 2,6 million dollars. This is approximately 3,6 % of total hospital costs during the study period. ... But if the factors that promote futile treatment can be identified perhaps interventions can be made that we can reorient care to better serve our patients.

---

<sup>4</sup> Riley, Gerald F., and James D. Lubitz. "Long-term trends in medicare payments in the last year of life." Health services research 45.2 (2010): 565-576.

<sup>5</sup> Huynh, Thanh N., et al. "The frequency and cost of treatment perceived to be futile in critical care." JAMA internal medicine 173.20 (2013): 1887-1894.

<sup>6</sup> Video Homepage JAMA:

**Overvoice:**

Die Krankenkassen ahnen zwar, dass sinnlose Aktivitäten auf den Intensivstationen stattfinden, aber es gibt dazu kaum Zahlen. Das wollten wir ändern... Wir haben die Abläufe auf unseren fünf Intensivabteilungen eine Woche lang beobachtet. Bei den über 1000 Patienten sollten die Ärzte einschätzen, wie sinnvoll ihre Therapiebemühungen eigentlich sind... Bei jedem fünften ihrer Intensivpatienten hatten die Mediziner ernsthafte Zweifel. Und das zu Recht. Der Großteil dieser Patienten verstarb, trotz aller Bemühungen, kurz nach der Verlegung von der Intensivstation... Fast drei Millionen US-Dollar pro Woche gibt unsere Klinik für solche Sinnlosterapien aus. Das sind rund vier Prozent des gesamten Krankenhausbudgets. Wir müssen unbedingt klären, warum so eine Form von Medizin überhaupt durchgeführt wird.

**Sprecherin:**

Doch dieser entscheidenden Frage nähert sich die Fachwelt nur zögerlich. So fehlen bis heute in Deutschland entsprechende Statistiken. Niemand weiß, wie oft in deutschen Kliniken Therapien erfolgen, die der behandelnde Arzt seinen eigenen Angehörigen wohl ersparen würde.

Aber wieso konnte es überhaupt so weit kommen?

**ATMO 3: Kongress unter Cut 5/6****Cut 5 - Gerald Neitzke:**

Auf einer Intensivstation stirbt heute kaum noch ein Mensch, wenn man nicht eine Entscheidung trifft, dass er sterben darf.

**Sprecherin:**

Erklärt der Kölner Medizinethiker Dr. Gerald Neitzke. Schuld daran ist für ihn der rasante medizinische Fortschritt.

**Cut 6 - Gerald Neitzke:**

Die Medizin hat in den letzten 50 Jahren Techniken bereitgestellt, Techniken der Lebenserhaltung, der Lebensverlängerung, die ein bis dahin komplett unbekanntes moralisches Problem geschaffen haben. Nämlich die Frage: Wenn ich Leben erhalten, Leben retten, Leben verlängern kann, ist es dann auch sinnvoll das Leben zu retten und zu verlängern. Und bis dahin war alles, was Ärztinnen und Ärzte konnten, sinnvoll. Weil man helfen konnte. Und heute gibt es Situationen, in denen wir Leben erhalten können, wo die Menschen uns sagen: Stopp. So bitte nicht mit mir. Und diese Grenze ist relativ neu.

**Sprecherin:**

Wer soll festlegen, ob eine Therapie sinnvoll ist? Wessen Maßstäbe gelten hier? Früher haben sich die *Mediziner* diese Entscheidung angemaßt. Heute steht die Autonomie des Patienten im Vordergrund. Der Kölner Ethiker Neitzke mit einem Beispiel.

### **Cut 7 - Gerald Neitzke:**

Nehmen wir einen Menschen mit 85 Jahren. Der wird lange mit seinem Krebs leben, der Krebs wächst sehr langsam. Aber dieser Mensch sagt mir möglicherweise: Weißt du was! Wenn ich jetzt eines Tages vielleicht ein Herz-Kreislaufversagen habe und einfach umkippe. Dann will ich sterben dürfen. Weil die Lebensverlängerung, die vielleicht durch einfache Maßnahmen wiederhergestellt werden kann, die will ich gar nicht realisieren. Weil dann muss ich ja an meinem Krebs sterben. Und jetzt sehen sie: Aus medizinischer Sicht ist es absolut effektiv und auch sinnvoll eine Reanimation, eine Lebensverlängerung, zu beginnen. Aber aus Sicht dieses Patienten nicht. Und dafür müssen wir den Respekt irgendwie herstellen.

### **Sprecherin:**

Ärzte sind in erster Linie Experten. Sie kennen die Details der Therapie. Doch sie kennen nicht die individuellen Lebensvorstellungen des Patienten. An diesem Punkt begegnet dem Kölner Ethiker oft eine gewisse Betriebsblindheit.

### **Cut 8 - Gerald Neitzke:**

Ja, das ist wichtig, dass man erkennt, dass Sinn eben eine moralische Kategorie ist und dass wir je nach unserem persönlichen Menschenbild, nach unseren Vorstellungen - was ist für mich ein gutes, gelingendes Leben - das sehr unterschiedlich bewerten kann. Und, dass wir Ärzte dazu neigen, sagen wir mal, die technische Sinnhaftigkeit in den Vordergrund zu stellen. Das bedeutet: Wenn wir diesen Eingriff durchführen, wenn wir diese Maschine einsetzen, dann können wir das und das Therapieziel erreichen. Und dass wir uns ja nicht die Frage stellen müssen, ist es denn aus Sicht dieses beispielsweise hochbetagten Menschen überhaupt sinnvoll, das zu tun. Das müssen wir dann mit dem Patienten oder dem juristischen Stellvertreter klären.

### **Atmo 4: Kongress**

### **Sprecherin:**

Von dieser Problematik ist auf dem Kongress<sup>7</sup> der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, der 2016 in Hamburg stattfand, wenig zu spüren. Ganz im Gegenteil: Hier zeigt die Intensivmedizin, was sie kann.

### weiter **Atmo 4: Kongress**

### **Cut 9 - Ausstellungsstand, Beatmungsgerät:**

Ja, das sieht bedrohlich aus, ist aber im Gegenteil dafür Patienten zu unterstützen, die für eine gewisse Zeit nicht mehr selbst atmen können. Die werden unterstützt bzw. werden beatmet für eine gewisse Zeit.

### **Sprecherin:**

Künstliche Lungen<sup>8</sup>, Dialysemaschinen und Pumpen zur Unterstützung des Herzens: sie gehören mittlerweile zum Standard der modernen Intensivmedizin. Hiervon profitieren nicht nur Erwachsene.

---

<sup>7</sup> <http://divi2016.de/16-kongress-der-deutschen-interdisziplinaren-vereinigung-fuer-intensiv-und-notfallmedizin>

### **Cut 10 - Ausstellungsstand, Kindernotfall:**

Das ist hier ein beatmetes Kind. Sie sehen hier über die Beatmungsmaschine, wie ein Tubus durch den Mund in die Luftröhre geführt wurde.

**Atmo 4:** Kongress geht über in **Atmo 5:** Seminarveranstaltung.

### **Sprecherin:**

Schwere Krankheiten führen zum Organversagen. Heutzutage ist das kein Todesurteil mehr. Selbst im hohen Alter nicht. Nur, die gleichen Organausfälle kennzeichnen auch den natürlichen Sterbeprozess. Bei betagten Patienten ist deshalb die Grenze zwischen sinnvoller Therapie und unsinniger Verlängerung des Sterbeprozesses oft schwer erkennbar. Ein heikles Thema, dem sich die deutschen Intensivmediziner jetzt stellen wollen: Auf dem Kongress präsentierte der Fachverband ein Positionspapier<sup>9</sup> zur Problematik der sinnlosen Intensivmedizin. Die Resonanz war enorm, der Seminarraum völlig überfüllt. Professor Uwe Janssens ist Mitautor dieser Stellungnahme.

### **Cut 11 - Uwe Janssens:**

Eine logische Konsequenz aus diesen Gedankengängen war mal zu definieren, wie kann ich überhaupt eine möglicherweise sinnlose Therapie eingrenzen. Umgekehrt: Wie definiere ich eine sinnhafte Intensivtherapie?

### **Sprecherin:**

Therapie ist kein Selbstzweck. Gerade intensivmedizinische Interventionen müssen sich an einem realistischen Therapieziel orientieren. Ein Ziel, das im Interesse des Patienten liegt. Solche Überlegungen sollten in Zukunft mehr Beachtung finden, meint der Fachverband.

### **Cut 12 - Uwe Janssens:**

Wenn ich kein vernünftiges Therapieziel formulieren kann und auch sehe, dass ich dieses Therapieziel nicht mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erreichen kann, dann habe ich schon ein klares Definitionskriterium: Sinnlosigkeit. Denn dann ist die Indikation nicht mehr gegeben und eine Therapie, wie sie besteht, darf nicht weiter fortgeführt werden. Es muss eine Therapiezieländerung vorgenommen werden Richtung zum Beispiel symptomarmes, -freies, würdevolles Sterben.

### **Sprecherin:**

Etwa wenn ein fortgeschrittenes Krebsleiden wichtige Organe befallen hat. Sinnlos ist eine Therapie aber auch dann, wenn der Patient mit dem, was da erreicht werden soll, nicht einverstanden ist. Die Perspektive zum Schwerstpflegefall zu werden, muss niemand akzeptieren. Und auch wenn die Behandlung selbst unerträglich wird, muss man die Möglichkeit haben „nein“ zu sagen. Der Fachverband hat klare Prinzipien definiert, deren Umsetzung in der Praxis leider allzu oft scheitert.

---

<sup>8</sup> "Extrakorporale Membranoxygenierung – Wikipedia." [https://de.wikipedia.org/wiki/Extrakorporale\\_Membranoxygenierung](https://de.wikipedia.org/wiki/Extrakorporale_Membranoxygenierung). Aufgerufen am 4 Feb.. 2017.

<sup>9</sup> "Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI (PDF) - DGIIN." [http://www.dgiin.de/files/dgiin/leitlinien/201609\\_Ethik\\_Grenzen-der-Sinnhaftigkeit-von-Intensivmedizin.pdf](http://www.dgiin.de/files/dgiin/leitlinien/201609_Ethik_Grenzen-der-Sinnhaftigkeit-von-Intensivmedizin.pdf). Aufgerufen am 4 Feb.. 2017.

### **Cut 13 - Uwe Janssens:**

Das hat sicherlich auch etwas mit Ängsten zu tun, Unsicherheiten zu tun. Immer wieder die Angst, dass Angehörige, irgendwer kommt und einen letztendlich sogar juristisch belangt. Ich denke das sind häufig nochmals Ängste und auch Unerfahrenheit vielleicht. Dass man dann wirklich zu einer Übertherapie neigt in vielen Situationen, wo sie gar nicht mehr angezeigt ist.

### **Sprecherin:**

Ohne den neutralen Rat des Arztes können Patienten und ihre Angehörige nicht entscheiden, ob eine Therapie Sinn macht. Doch der Arzt als selbstloser Helfer sei ein Auslaufmodell, meint der Wittener Palliativmediziner Matthias Thöns<sup>10</sup>. In seinem Bestseller<sup>11</sup> „Patient ohne Verfügung - Das Geschäft mit dem Lebensende“ stellt er eine provozierende These auf: Ärzte würden immer mehr zum Anhängsel eines geschäftigen Medizinbusiness degenerieren. Die Interessen des Patienten blieben dabei auf der Strecke. Thöns hat mit seiner These offenbar einen wunden Punkt getroffen. Selbst das ARD-Fernsehmagazin Monitor ging auf die Thematik ein.

**Atmo 6:** ARD Monitor, Musik-Logo unter Vortext starten.

### **Cut 14 - ARD Monitor Anmoderation:**

Guten Abend und willkommen bei Monitor. Das Geschäft mit todkranken Menschen in Deutschland boomt. Je länger ein Mensch künstlich beatmet oder ernährt wird, umso mehr kann an ihm verdient werden.

**Atmo 6:** ARD Monitor kurz erneut anspielen.

### **Cut 15 - ARD Monitor Anmoderation:**

Heinrich Thiemann ist 82 Jahre alt und schwerst pflegebedürftig. Ohne künstliche Beatmung würde er sterben. Eigentlich wollte Heinrich Thiemann das so nicht...

[Cut ARD Monitor leiser, unter Text auslaufen lassen.]

### **Sprecherin:**

Lange Jahre war Matthias Thöns als Anästhesist und Intensivmediziner tätig. Doch jetzt, als Palliativmediziner, wirft er einen kritischen Blick auf das Treiben in den Krankenhäusern.

### **Cut 16 - Matthias Thöns:**

Die Rahmenbedingungen im Krankenhaus sind von der Politik einfach extrem schlecht gemacht, weil eben Gespräche überhaupt nicht bezahlt werden, sondern nur Eingriffe, Operationen und Chemotherapien. Und d. h., wenn man als Arzt daher geht und eine vernünftige Beratung mit der Familie macht und sich Zeit nimmt und zu einem Entschluss kommt, wir machen jetzt mal eine Operation nicht oder eine

---

<sup>10</sup> Matthias Thöns, geboren 1967 in Witten, ist Anästhesist und seit 1998 als niedergelassener Palliativmediziner tätig. Er ist stellvertretender Sprecher der Landesvertretung NRW der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und war Sachverständiger im Rechtsausschuss des Deutschen Bundestags zur Sterbehilfe-Debatte.

<sup>11</sup> Matthias Thöns: Patient ohne Verfügung - DAS GESCHÄFT MIT DEM LEBENSENDE, Verlag Piper 2016

Chemotherapie nicht, dann hat die Klinik keinen Erlös. Und sie können sich vorstellen, was mit Assistenzärzten passiert, die sehr großzügig da Beratungsgespräche machen.

**Sprecherin:**

Das enge Korsett des Fallpauschalen-Systems zwingt die Kliniken dazu um wirtschaftliche Überleben zu kämpfen. Da komme die ärztliche Fürsorgepflicht oft ungelegen, berichtet Thöns aus seiner langjährigen Berufserfahrung.

**Cut 17 - Matthias Thöns:**

Also das Problem ist, dass über den Nutzen einer medizinischen Maßnahme ja im Prinzip der behandelnde Arzt entscheidet. Und wenn der behandelnde Arzt den Nutzen einer Behandlung gar zu optimistisch einschätzt, dann ist das einfach nur ein Fehler. Wenn er das aber vorsätzlich oder mutwillig falsch einschätzt, um eine Behandlung noch machen zu können. Sei es eine Operation oder sei es eine Chemotherapie. Dann wird das Ganze pervers. Und ganz pervers ist es eben, wenn damit extrem viel Geld verdient wird. Und Geld ein Anreiz ist, Medizin zu machen, die dem Patienten nichts nutzt.

**Sprecherin:**

Wie hilflos die Betroffenen dann dem Medizinbetrieb ausgeliefert sind, illustriert Thöns an einem Beispiel. Er hat es kürzlich selbst erlebt.

**Cut 18 - Matthias Thöns:**

Und zwar eine uralte Patientin, 90 Jahre. Da wird der Zeh zunehmend schwarz. Der alten Dame wurde dann eben gesagt: Ja, das kann man auch operieren. Und sie wollte aber nicht ins Krankenhaus. Sie hat sich da immer gewehrt. Und jedenfalls ist es dann irgendwann mal abends so gewesen, dass der Notdienst gerufen wurde – der ärztlichen Notdienst – der hat dann doch eingewiesen. Die Patientin hat mehrfach gerufen: kein Krankenhaus, kein Krankenhaus. Ist in die Klinik gekommen. Da hat man dann der demenzbetroffenen Dame und ihrem uralten Mann gesagt: Also wir müssen das jetzt mal operieren. Das ist ein kleiner Schnitt in der Leiste, dann wird es wieder gut mit der Durchblutung und dann wird das mit dem Zeh besser. Man hat den großen Eingriff gemacht, der dann über fünf Stunden gedauert hat. Und die alte Dame hat sich nicht mehr so recht erholt. Sie ist dann zurückverlegt worden ins Pflegeheim. Eigentlich mehr oder weniger in der Sterbephase. Drei Tage später gestorben. Und das ist schon keine gute Medizin in meinen Augen.

**Sprecherin:**

Hier geht es nicht um Einzelfälle, meint der Wittener Palliativmediziner. Einige Krankheitsbilder hätten sich regelrecht zum lukrativen Geschäftsmodell entwickelt. Ein Extrembeispiel hierfür ist die „Heim-Beatmung“. Aufgrund einer schweren Hirnschädigung ist der Großteil dieser Patienten im tiefen Koma. Im Pflegeheim oder in der häuslichen Umgebung müssen sie deshalb dauerhaft an ein Beatmungsgerät.

**Atmo 7: Beatmungsgerät**

### **Cut 19 - Matthias Thöns:**

Wir hatten 2003 nur 500 Patienten in Deutschland, die zu Hause beatmet wurden. Mittlerweile haben wir 15 - 30.000 solcher Patienten<sup>12</sup>. Und das ist in hohem Maße bedenklich, weil viele dieser Patienten eben in Situationen beatmet werden, da hätten wir früher, als junge Ärzte, nicht mal daran gedacht, die beatmen zu lassen. Wir haben ganz viele Patienten, die im schwersten Wachkoma liegen. Und die Aussicht, dass sich jemals etwas bessert, grenzt an Null<sup>13</sup>.

### **Sprecherin:**

Bis zu 30.000 Euro im Monat<sup>14</sup> zahlen die Kassen für einen solchen Fall. Darum sind Heimbeatmungspatienten für Heime und Pflegedienste besonders lukrativ.

### **Cut 20 - Matthias Thöns:**

Diese Medizin verschlingt mittlerweile ca. 3 - 4 Mrd. € im Jahr. Oder die Hälfte der ambulanten Gesamtausgaben<sup>15</sup>. D. h. wir geben wahnsinnig viel Geld für eine kleine Gruppe Schwerstbetroffener aus. Und von denen würden 90 % sagen, das wissen wir aus Untersuchungen, ich möchte diese Medizin gar nicht.

### **Atmo 8: Intensivstation**

### **Sprecherin:**

Medizin ohne erkennbaren Nutzen schadet allen Patienten - schließlich fehlen deshalb Gelder für wirklich wichtige Maßnahmen. Aber auch das Pflegepersonal auf den Intensivstationen ist betroffen, da die Schwestern und Pfleger diese Maßnahmen umsetzen müssen. Bis zum Burn-out geht ihre Belastung. Trotzdem ist die Sinnfrage auf Intensivstationen ein Tabuthema. Intensivpfleger Ingo<sup>16</sup> gehört zu den Wenigen, die bereit sind von ihren Erfahrungen zu berichten. Er arbeitet an einer großen Klinik. Irgendwo in Süddeutschland. Was Ingo seinen Patienten manchmal zumutet, bedrückt ihn.

### **weiter Atmo 8: Intensivstation**

### **Cut 21 - Pfleger Ingo:**

Da fühlt man sich schuldig, da fühlt man sich dann auch so... Da geht man auch nach Hause, unter Umständen setzt man sich dann irgendwo in eine Ecke und fängt an zu flennen, wie so ein Kleinkind. Wo man sagt: Das hätte ich dem Patienten nie zumuten wollen. Aber man ist dann halt einfach so in einem psychologischen Druck, der sagt: Du musst, du musst, du musst.

---

<sup>12</sup> Stellungnahme der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB e.V.) zu den Ausführungen von Dr. Matthias Thöns aus Witten auf dem Bremer Palliativkongresses am 20. März 2015

<sup>13</sup> Damuth, Emily, et al. "Long-term survival of critically ill patients treated with prolonged mechanical ventilation: a systematic review and meta-analysis." *The Lancet Respiratory Medicine* 3.7 (2015): 544-553.

<sup>14</sup> Angaben nach Thöns 2016, Seite 33

<sup>15</sup> Die Shift-TasteAngabe überprüft nach statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Reihe 7.1.2: ambulante Pflege (GKV und Pflegeversicherung): 9,7 Milliarden im Jahr 2014

<sup>16</sup> Name auf Wunsch des Pflegers geändert.

**Sprecherin:**

Intensivpatienten werden immer älter, die Frage nach dem Sinn stellt sich deshalb immer häufiger.

**Cut 22 - Pfleger Ingo:**

Wenn man dann sagt, ein 96-Jähriger, der Vollpflegefall ist, der sich nicht mehr äußern kann, der nur noch im Bett liegt. Und man muss ihm unbedingt noch einen Herzkatheter aufs Auge drücken, weil man sagt, ok das muss jetzt unbedingt sein, weil das wird dann halt noch schön. Und 14 Tage später ist der Patient in schlechtestem Zustand und verstirbt auf der Intensivstation. Und konnte überhaupt nichts mehr tun. Und da sage ich mir ok: Das hätte jetzt nicht sein müssen. 14 Tage hätte er jetzt so leben können. 14 Tage hat er jetzt auf der Intensivstation verbracht. Mit was für einem Benefit?

**Sprecherin:**

Für ein Viertel des Pflegepersonals auf den Intensivstationen ist diese Art der Medizin zur psychischen Belastung geworden. Alarmierende Berichte über Burn-out-Fälle häufen sich<sup>17</sup>. Manche verlassen sogar den Beruf.

**Cut 23 - Pfleger Ingo:**

Viele Pflegekräfte gehen einfach aus der Pflege, aus dem Krankenhaus heraus, gehen in den ambulanten Bereich. Machen was ganz anderes. Weil sie einfach sagen: Ich halte es nicht mehr aus. Und wenn ich das Personal halten will, da muss ich ihnen irgendwas bieten. D. h. also ich muss ihnen auch bieten eine psychologische Betreuung unter Umständen mal.

**Sprecherin:**

Mittlerweile belegen wissenschaftliche Untersuchungen das Ausmaß dieser unhaltbaren Zustände. Der Tuttlinger Intensivmediziner Andrej Michalsen hat an einer solchen Studie<sup>18</sup> mitgewirkt.

**Cut 24 - Andrej Michalsen:**

Wir waren als klinische Ethiker häufig konfrontiert mit den Aussagen anderer Disziplinen: Ja, das bildet ihr euch so ein! Wir hatten bis vor wenigen Jahren ehrlicherweise auch wenig valide Daten dazu. Inzwischen gibt es mehrere Studien.

**Sprecherin:**

Und die zeigen eindeutig: Das Gefühl von Sinnlosigkeit ist der entscheidende Stressfaktor im Bereich der Intensivpflege.

**Cut 25 - Andrej Michalsen:**

In der Tat ist es so, dass es einen Zusammenhang gibt, den wir zeigen können, zwischen dem erhöhten Burn-out-Gefühl und der Absicht den Arbeitsplatz zu

---

<sup>17</sup> Chest. 2014 Aug;146(2):267-75. doi: 10.1378/ehest.14-0256, Inappropriate care in European ICUs: confronting views from nurses and junior and senior physicians.

<sup>18</sup> Piers, Ruth D., et al. "Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians." *Jama* 306.24 (2011): 2694-2703.

verlassen. Das ist besonders gravierend, weil wir in Deutschland landesweit nicht gerade davon sprechen können, dass wir zu viele Pflegekräfte haben, im Gegenteil.

**Sprecherin:**

Eine gefährliche Tendenz: Denn frustriertes Pflegepersonal **gefährdet alle** Patienten. Wer unmotiviert ist und zynisch wird, der arbeitet auch schlampig. Dabei müsste das alles gar nicht sein. Modellprojekte zeigen, wie sich Frust unter dem Pflegepersonal vermeiden lässt: Ärzte und Intensivpersonal müssten mehr über diese Probleme reden.

**Cut 26 - Andrej Michalsen:**

Aber vor allen Dingen müssen wir fördern ein entsprechendes Klima auf, in unserem Fall einer Intensivstation. Wir müssen Zeit einräumen, um tatsächlich mit den Beteiligten und Betroffenen - und, wenn es notwendig ist, auch mehrfach - miteinander zu sprechen. Denn, wenn die Pflegekräfte sich eingebunden fühlen in solche End-Of-Life-Care-Entscheidungen, dann wird sich - wenigstens sagt das die Untersuchung bisher - wird sich ihr Burn-out-Stress verringern. Und darauf muss es ja ankommen.

**Sprecherin:**

In der Praxis scheitern derartige Projekte aber an der zu knappen Personaldecke. Teamgespräche sind zeitaufwendig. Und diese Zeit fehlt. Schweigen ist oft der bequemere Weg, gerade für die Ärzte, meint Pfleger Ingo.

**Cut 27 - Pfleger Ingo:**

Ein Arzt ist in der Regel 10 Minuten, 20 Minuten am Patientenbett und kriegt den Patienten mit. Eine Pflegekraft ist mehrere Stunden am Patientenbett und kriegt deutlich mehr mit. Was der Patient so erzählt, was er wahrnimmt, was er von sich gibt. Das wird auch versucht dem Arzt manchmal zu vermitteln: Er will es einfach nicht sehen. Oder kann es nicht sehen. Weil die haben immer dieses zweischneidige Schwert. Die eine Seite: Ich muss meinen Katalog erfüllen. Ich muss irgendwie die Zahlen bringen. Ich hab Druck vom Chef. Ich muss fertig werden. Ich muss mein Zeug machen. Und auf der anderen Seite sagen sie: OK gut. Wenn ich jetzt die Menschlichkeit durchlasse, dann lass ich zu viel an mich ran. Ich schaff das nicht. Also nehmen sie den Weg.

**Sprecherin:**

Dabei ist der Arzt eigentlich der Garant der Patienteninteressen. Er muss dafür sorgen, dass das Ganze Sinn macht. So steht es auch im Gesetz<sup>19</sup>. Der Gesetzgeber nimmt den Arzt eindeutig in die Pflicht.

**Zitatorin:**

Paragraph 1901b Absatz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs: »Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist.«

---

<sup>19</sup> Paragraph 1901b des Bürgerlichen Gesetzbuchs: »Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist.«

**Sprecherin:**

Doch das wird ihm unter den aktuellen Bedingungen unmöglich gemacht, findet der Freiburger Ethiker Professor Giovanni Maio.

**Cut 28 - Giovanni Maio:**

Der Arztberuf ist eben im Grunde ein Denkberuf und kein Aktionsberuf. Die Güte der ärztlichen Behandlung bemisst sich danach, wie sorgfältig man vorher genau alles reflektiert und abgeklärt hat. Und nicht danach, ob viel getan wird oder wenig. Und das haben viele Menschen nicht verstanden, die jetzt die Medizin steuern, oft als Nichtärzte, die von Medizin keine Ahnung haben.

**Sprecherin:**

Zeitaufwendige Gespräche mit Angehörigen und Teamsitzungen sind für die Klinikbetreiber ein Verlustgeschäft. Nicht abrechnungsfähig. Wirtschaftlich gesehen macht es also keinen Sinn, der Medizin einen Sinn zu geben.

**Cut 29 - Giovanni Maio:**

Und wenn wir die Ärzte nur danach bemessen, wie viele Eingriffe sie tätigen oder wie hoch die Erlöse sind, die sie erwirtschaften, dann wird eben aus einem sozialen System ein privatwirtschaftliches System. Und das ist ein kategorischer Fehler, den man nicht mitmachen darf.

**Sprecherin:**

Die Möglichkeiten der modernen Medizin an die individuellen Bedürfnisse der Patienten anzupassen ist für Maio die eigentliche Kunst. Doch dazu braucht der Arzt den nötigen Freiraum.

**Cut 30 - Giovanni Maio:**

Das, was der Arzt leistet, ist nicht das Machen, sondern das, was er sich dabei denkt. Nämlich, dass er da durch sehr viel Erfahrung und Fingerspitzengefühl das Richtige herauszufinden hat. Die eigentliche Leistung des Arztes ist eben die Auseinandersetzung mit dem Patienten und das für ihn dann Angemessene herauszufinden. Und das ist ein kreativer Prozess, der nicht abgebildet werden kann, durch irgendwelche formalen Modelle.

**Sprecherin:**

Was ein gutes Patientengespräch ausmacht, kann man *nicht* in *Zahlen* messen. Deshalb gibt es dafür keine Abrechnungsziffer. So gesehen ist die Sinnlosigkeit der modernen Medizin, wenn auch ungewollt, ein Teil des Systems. Ob das so bleibt, ist ungewiss. Doch ganz so aussichtslos, wie es auf den ersten Blick erscheint, ist die Lage vielleicht doch nicht. Denn auch mit den Mitteln der Wissenschaft ließe sich sinnlose Medizin, zumindest teilweise, aus der Welt schaffen.

**Cut 31 - Gerd Hasenfuß:**

Also ich bin nicht der Meinung, dass Ärzte tatsächlich Leistungen durchführen wollen und werden, wo es klare Aussagen gibt, dass diese Leistungen in der entsprechenden Situation nicht sinnvoll oder schädigend sein können.

**Sprecherin:**

Meint Professor Gerd Hasenfuß. Der Göttinger Internist ist maßgeblich an der Kampagne „Klug entscheiden“<sup>20</sup> der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin beteiligt. Er und seine Kollegen schlagen Alarm, weil immer wieder Therapien eingesetzt werden, die wissenschaftlich gesehen wirkungslos sind. Es geht nicht nur um nutzlose Antibiotika bei Erkältung. Auch unsinnige Chemotherapien<sup>21</sup> bei fortgeschrittenen Krebsleiden sind ein Problem.

**weiter Cut 31 - Gerd Hasenfuß:**

Deshalb ist es wichtig, dass man das einfach so formuliert und ausspricht. Und wenn es dann irgendwo geschrieben steht, dann sagt mir mein Optimismus, dass es auch berücksichtigt wird.

**Sprecherin:**

Die Ratschläge von „Klug entscheiden“ in Form von Fachartikeln oder einem Handbuch werden offenbar dringend gebraucht. Unsinnige Medizin ist weit verbreitet. Eine im April 2016 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichte Studie belegt, dass ein Viertel der Klinikärzte<sup>22</sup> bei ihren Therapie- und Diagnoseentscheidungen täglich bis zu zehnmal auf „Nummer Sicher“ gehen. Etwa bei einer Computertomografie oder einer Darmspiegelung, die man auch hätte sein lassen können.

**Cut 32 - Gerd Hasenfuß:**

Diese diagnostischen und therapeutischen Eingriffe werden durchgeführt, obwohl ganz klare Studienlage vorhanden ist, die viele vielleicht nicht kennen, aber ganz klare Studienlage vorhanden ist, dass diese Maßnahmen in dieser spezifischen Situation nicht sinnvoll sind.

**Sprecherin:**

Ärzte orientieren sich bei ihrer Therapieentscheidung zwar an wissenschaftlichen Leitlinien. Aber die haben einen Konstruktionsfehler.

**Cut 33 - Gerd Hasenfuß:**

Häufig sind in Leitlinien negative Empfehlungen unterrepräsentiert. Es wird in der Regel gesagt, was getan werden soll und getan werden kann. Und relativ selten wird gesagt, was nicht getan werden soll.

**Sprecherin:**

Das Informationsmaterial von „Klug entscheiden“ wendet sich dabei nicht nur an Ärzte.

**Cut 34 - Gerd Hasenfuß:**

Das sind eigentlich Empfehlungen für die direkte Interaktion Arzt und Patient. Und der Arzt soll dann sagen: Gucken sie mal hier gibt es diese Veröffentlichung „Klug

---

<sup>20</sup> "Initiative „Klug entscheiden“: Gegen Unter- und Überversorgung ...."

<http://www.aerzteblatt.de/archiv/175642>. Aufgerufen am 7 Feb.. 2017.

<sup>21</sup> Peter H Wise, Cancer drugs, survival, and ethics, BMJ 2016;355:i5792 doi: 10.1136/bmj.i5792 (Published 9 November 2016)

<sup>22</sup> INITIATIVE „KLUG ENTSCHEIDEN“, Deutsches Ärzteblatt | Jg. 113 | Heft 13 | 1. April 2016 S. A 604 ff

entscheiden“. Die genau für ihre Situation passt und deswegen kann ich nicht empfehlen, diesen Eingriff durchzuführen.

**Sprecherin:**

Das Konzept »Klug entscheiden« hat sich in den USA bewährt. Es könnte ein Teil des Weges sein, den die Medizin in Deutschland gehen sollte. Auch, um das beschädigte Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient wieder herzustellen.

**Cut 35 - Patient<sup>23</sup>**

Also man hört ja oft in den Medien, dass also doch schlimme Fälle da exerziert werden. Wo die Leute also dann lange, lange künstlich am Leben gehalten werden und sehr zu leiden haben. Die Leute im Koma liegen ewig und drei Tage. Und man bekommt Angst, wenn man das hört. Man möchte in Ruhe und Frieden sterben und nicht künstlich da noch lange gequält werden.

\*\*\*\*\*

**Interviewpartner:**

**Dr. med. Gerald Neitzke:**

Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin  
Medizinische Hochschule Hannover  
Carl-Neuberg-Str. 1  
D-30625 Hannover  
E-Mail: [neitzke.gerald@mh-hannover.de](mailto:neitzke.gerald@mh-hannover.de)  
Tel.: 0511 532 4271

**Prof. Dr. med. Uwe Janssens**

Chefarzt Klinik für Innere Medizin und Intensivmedizin  
St. Antonius Hospital  
Dechant-Deckers-Str. 8  
52249 Eschweiler  
Tel.: +49 2403 761227  
Fax: +49 2403 761247  
E-Mail: [uwe.janssens@sah-eschweiler.de](mailto:uwe.janssens@sah-eschweiler.de)

---

<sup>23</sup> siehe Fußnote 1

## **Intensivpfleger** aus dem nordbadischen Raum

Vermittelt von der

DBfK Bundesgeschäftsstelle  
Alt-Moabit 91  
10559 Berlin  
030 / 219157-0  
030 / 219157-77  
[presse@dbfk.de](mailto:presse@dbfk.de)

**Dr. med. Matthias Thöns:**  
Anästhesist, Palliativmedizin  
Wiesenstr. 14  
58452 Witten  
Tel. 02302/57093  
Fax. 02302/276724  
Email: [thoens@web.de](mailto:thoens@web.de)

**Prof. Giovanni Maio**  
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin  
Stefan-Meier-Str. 26  
79104 Freiburg  
+49 (0)761 / 203-5034  
+49 (0)761 / 203-5032  
[maio@ethik.uni-freiburg.de](mailto:maio@ethik.uni-freiburg.de)

**Prof. Dr. Gerd Hasenfuß**  
Klinik für Kardiologie und Pneumologie.  
Universitätsmedizin Göttingen  
**Robert-Koch-Str. 40:**  
37075 Göttingen

**Sekretariat. Telefon:**  
+49 (0) 551 39-20400; 39-663 50.  
[rfaber@med.uni-goettingen.de](mailto:rfaber@med.uni-goettingen.de)

Pressestelle  
[wetzstein@medizinkommunikation.org](mailto:wetzstein@medizinkommunikation.org)

**Zwei Klienten** der Beratungsstelle Patientenverfügung  
Humanistische Union Berlin